

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 53

De l'extirpation du Sac lacrymal
et du Canal nasal membraneux
appliquée au
Traitement de l'ULCÈRE à HYPOPYON
avec
DACRYOCYSTITE CONCOMITANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 20 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave PASTORE

né à MENTON le 10 Novembre 1890



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1921

DE
L'EXTIRPATION du SAC LACRYMAL
ET DU
CANAL NASAL MEMBRANEUX
APPLIQUÉE AU
TRAITEMENT de l'ULCÈRE à HYPOPYON
AVEC
DACRYOCYSTITE CONCOMITANTE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546427_0058

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 53

De l'extirpation du Sac lacrymal
et du Canal nasal membraneux
appliquée au
Traitement de l'ULCÈRE à HYPOPYON
avec
DACRYOCYSTITE CONCOMITANTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gustave PASTORE

né à MENTON le 10 Novembre 1890



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Assesseur	MM. J. LEPINE.
Doyen	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

	PROFESSEURS	MM. TESSIER
Cliniques médicales		ROQUE
Cliniques chirurgicales		BARD
		TIXIER
		BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements		X
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants		WELL
Clinique des maladies des femmes		POLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires		ROCHET
Clinique chirurgicale des maladies des enfants		N-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		CLUZET
Chimie biologique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.		MOREL
Matière médicale et Botanique		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		GUIART
Anatomie		LATARJET
Anatomie générale et Histologie		POLICARD
Physiologie.		DOYON
Pathologie interne		COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales		MOURIQUAND
Anatomie pathologique		PAVIOT
Médecine opératoire		VILLARD
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING (F.)
Médecine légale		Etienne MARTIN
Hygiène.		COURMONT (P.)
Thérapeutique.		PIC
Pharmacologie		FLORENCE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Accouchements	COMMANDEUR.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *Président* ; M. LERICHE, *Assesseur* ;
MM. COTTE et DUROUX, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Père et à ma Mère

Faible témoignage de mon amour
filial et d'infinie reconnaissance
pour tous leurs sacrifices.

A ma Femme

En témoignage de mon profond
amour.

A ma Fille

A mes Parents

A mes Amis

A notre Président de thèse,
Monsieur le Professeur ROLLET

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Ophtalmologique

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de
cette thèse, et nous faire le grand honneur
de la présider.

Nous le prions de croire à la sincérité
de nos sentiments respectueux et recon-
naissants.

A Monsieur le Docteur BUSSY

Chef de Clinique Ophtalmologique

Qui nous a grandement facilité ce travail en
nous faisant profiter de son expérience ;
nous le remercions du bienveillant accueil
qu'il nous a réservé.

A nos Maîtres
de la Faculté de Médecine de Lyon

A nos Juges

De l'EXTIRPATION du SAC LACRYMAL
et du CANAL NASAL MEMBRANEUX
appliquée au
TRAITEMENT de l'ULCÈRE à HYPOPYON
avec
DACRYOCYSTITE CONCOMITANTE

INTRODUCTION

En suivant les cours de la clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet, nous avons compris, par les exposés clairs et précis qui nous ont été faits, et par les exemples mis sous nos yeux, l'importance de l'ulcère à hypopyon et sa coïncidence assez fréquente avec une dacryocystite chronique ou suppurée.

Cette simultanéité des deux affections a donné lieu à la distinction d'un groupe spécial d'ulcère cornéen, celui des ulcères lacrymaux, qui ont une évolution beaucoup plus rapide et comportent un pronostic beaucoup plus grave que les autres.

Ces constatations faites depuis longtemps déjà par M. le professeur Rollet, l'ont conduit à créer une thérapeutique spéciale susceptible d'obtenir la guérison de ces ulcères, d'une manière certaine, et dans un espace de temps relativement court.

Nous voulons parler de l'extirpation du sac et du canal nasal membraneux, appliquée comme thérapeutique à l'ulcère lacrymal, thérapeutique, qui, pratiquée depuis de nombreuses années par M. le professeur Rollet, lui a donné des résultats immédiats et définitifs confirmés par les nombreuses observations recueillies dans son service.

Résultats inconnus jusqu'alors, car il ne semble pas que tous les auteurs aient voulu comprendre dans le même sens, cette conception spéciale des ulcères lacrymaux, ainsi que leur thérapeutique. En effet, dans un article récent de l'*Eyclopédie française d'ophthalmologie*, M. le docteur Morax décrit l'ulcère serpiginieux d'une façon magistrale ; on voit exposé comme traitement la cautérisation chimique, ignée, la sérothérapie, mais l'extirpation du sac n'est pas signalée. Morax préconise la désinfection des voies lacrymales par une injection de cyanure de mercure à 1/6.000 ; aucune allusion à l'intervention chirurgicale, même silence dans l'ouvrage important de Truc, dans le traité de May-Bouin. Nous nous proposons donc pour but d'exposer très modestement cette conception et cette méthode thérapeutique des ulcères lacrymaux.

Nous ferons, dans un premier chapitre, une étude rapide et générale de l'ulcère à hypopyon.

Dans un deuxième chapitre, nous exposerons l'étude spéciale des ulcères lacrymaux et leurs différents traitements en opposition avec le traitement chirurgical dont nous décrirons la technique dans le troisième chapitre.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous rapporterons les observations prises à la clinique de M. le professeur Rollet.

CHAPITRE I

L'Ulcère à Hypopyon

(*Etude générale*)

A) *Etiologie*. — Actuellement, assez bien connue. Pour réaliser cette infection, il faut d'abord la présence du pneumocoque ; le microbe peut exister normalement dans le cul-de-sac conjonctival (2 0/0 des cas), mais on le trouve fréquemment lorsque les voies lacrymales sont atteintes de rétrécissement ou d'inflammation aiguë ou chronique.

Cette présence du pneumocoque dans le sac conjonctival ne suffit pas ; il faut en outre qu'il y ait une solution de continuité de l'épithélium cornéen.

Cette porte d'entrée peut être réalisée par un corps étranger métallique, un grain de sable, un grain de blé, par un coup d'ongle, frottement d'un cil dévié, contusion, etc., c'est-à-dire un micro-trauma ; une desquamation insignifiante de la cornée. Cette affection se rencontre souvent, chez les adultes et les vieillards, surtout parmi les travailleurs des classes pauvres, chez les cultivateurs.

Il paraît aussi très fréquent dans les pays où le trachome est répandu ; c'est l'ulcère des moissonneurs, des vidangeurs, des anciens.

B) *Bactériologie*. — L'examen direct sur lame, de l'exsudat grisâtre du bord de l'ulcère serpigineux montre en abondance des pneumocoques (prend le gram.).

On retrouve ce microbe, pendant toute l'évolution de l'ulcère au niveau du bord progressif, dans la section grisâtre qui le recouvre ; par contre, il disparaît avec le commencement de la cicatrisation.

L'hypopyon est stérile.

Les examens successifs montrent qu'il y a toujours prédominance manifeste du pneumocoque. On peut cependant se trouver en présence des diplobacilles de Morax. Axenfeld ou du streptocoque et autres microbes ; mais c'est plus rare.

C) *Anatomie pathologique*. — On voit des lésions superficielles et des lésions profondes. Dans toute l'étendue de l'ulcère, l'épithélium cornéen a disparu, il manque même dans une certaine étendue en dehors des limites de l'ulcération, dans la zone correspondant au bord progressif, tandis que de l'autre côté il recouvre à nouveau les parties primitivement dépouillées, en formant des saillies épithéliales irrégulières (déplacement en surface, d'où le nom).

La membrane de Bowman est rompue dans toute l'étendue de l'ulcère, disparaît rapidement, ne s'oppose pas au passage des leucocytes.

La membrane de Descemet résiste tout d'abord. Le bord progressif de l'ulcère est constitué par une infiltration leucocytaire très dense. (Leucocytes polynucléaires accu-

mulés dans les couches superficielles du stroma cornéen, provoquant la chute de l'épithélium et la destruction des lames superficielles de la cornée. On voit, en colorant les coupes par le gram, des amas considérables de pneumocoques à ce niveau.

On rencontre quelques exsudats fibreux entre les lames de la cornée.

Les cellules fixes sont en voie de division, en certains points, mais il n'est pas prouvé qu'elles participent à l'infiltration cellulaire inflammatoire,

Il semble que la membrane de Descemet ne soit pas perforée avant la perforation de la cornée ; par contre, son endothélium est quelquefois soulevé ou desquamé dans la région correspondant à l'ulcère.

L'hypopyon est constitué par des leucocytes polynucléaires et des filaments de fibrine qui paraissent provenir de l'ulcère cornéen (à travers la membrane de Descemet rompue du canal de Schlemm, des vaisseaux péricornéens profonds, de l'iris secondairement infecté.

D) *Symptomatologie.* — a) *Signes subjectifs.* — L'affection débute chez un sujet atteint de larmolement (éphora) ancien ou de dacryocystite suppurée. Il éprouve une sensation de gravier sur la paupière, qui traduit très souvent l'érosion cornéenne à moins qu'il y ait un corps étranger.

24 ou 48 heures après ces troubles, apparaissent des phénomènes douloureux plus ou moins marqués et de l'injection de l'œil.

Dès les premiers jours, des douleurs périorbitaires font leur apparition, s'irradiant à tout le côté correspondant de la tête avec insomnie plus ou moins complète avec exa-

cerbation vespérale nette.

En même temps, frissons, légers mouvements fébriles, inappétence, abattement général contrastant avec le peu d'étendue des lésions oculaires à ce moment.

Photophobie très marquée, les paupières du côté atteint sont habituellement fermées, avec un léger œdème du bord libre de la paupière.

b) *Signes objectifs.* — L'examen du globe montre à ce moment des lésions cornéennes limitées et une réaction conjonctivale assez vive. Sur la cornée, se voit tantôt au centre, tantôt dans une zone excentrique, une tache grisâtre arrondie de l'étendue d'une tête d'épingle, tache superficielle à bords flous ; le tissu cornéen qui l'entoure forme une zone opalescente faiblement striée. Les parties plus éloignées de la cornée ont moins de transparence que du côté normal, l'humeur aqueuse étant un peu plus louche.

On constate dans l'angle irrido-cornéen inférieur la présence d'un hypopion limité à une fine ligne blanche, dès le début.

L'iris est peu décoloré, la pupille se dilate facilement par l'atropine.

La cornée est entourée d'une zone d'injection plus ou moins intense, et d'un œdème conjonctival. Quelquefois un chémosis.

C'est là, la période de début, où un traitement efficace peut enrayer la marche de l'affection.

A cette période succède une période d'extension de l'ulcération.

On a alors un ulcère à forme de disque avec base infiltrée jaunâtre ou gris blanchâtre, et dont le bord, souvent seulement sur une moitié, est légèrement soulevé en forme

de rempart, et étant comme sapé par une sorte de poche, est occupé par une zone *falciforme* d'infiltration, ayant la couleur jaune intense du pus.

C'est la partie marginale par laquelle se fait la progression. Tandis que la perte de substance augmente dans cette direction par fonte purulente progressive du tissu et avancement correspondant de l'infiltration purulente falciforme (d'où le nom d'ulcère serpigneux) la partie marginale opposée devient lisse et se déterge se recouvre aussi d'épithélium sans néoformation de vaisseaux depuis le bord. L'hypopyon augmente au fur et à mesure en hauteur, en même temps l'exsudat tend à la coagulation de sorte que pour reconnaître l'étendue de l'infiltration purulente il faudra faire une instillation de fluorescéine. Toute la cornée prend alors une teinte grisâtre délicate et sa surface est excessivement ponctuée.

L'infiltration purulente et la fonte consécutive des tissus progressent surtout en surface, jusqu'au bord de la cornée sans la dépasser. C'est seulement lorsque toute la cornée est superficiellement détruite que se produit d'ordinaire la perforation ; puis vient la cicatrisation. Le processus dure dans ce cas de 4 à 6 semaines.

E) *Diagnostic différentiel*. — Il faudra d'abord faire ce diagnostic avec les autres affections pouvant simuler l'ulcère à hypopyon, en particulier ; les phlyctènes de la cornée et les lésions vésiculaires de l'herpès ; il se fera assez facilement car ces deux dernières affections ne s'accompagnent d'hypopyon qu'en cas d'infection superposée.

La distinction avec l'ulcère de Petit se fera par l'absence ou la moindre intensité des phénomènes douloureux.

Il faudra ensuite faire le diagnostic de la variété du microbe auquel l'on aura à faire ; c'est-à-dire si on ne se trouve en présence du pneumocoque ou du diplobacille de Morax-Axenfeld ou autres.

Cette distinction est importante, car l'évolution sera différente, le pronostic également et la thérapeutique à suivre ne sera plus du tout la même. L'ulcère cornéen produit par le bacille de Morax-Axenfeld évolue toujours sous la forme simple, ne dépassant pas le stade de début, par conséquent le pronostic est bénin, le traitement au sulfate de zinc par instillation sera suffisant.

L'ulcère produit par le pneumocoque, évoluera, lui, toujours sous la forme serpigineuse, de pronostic sévère, dans laquelle il faudra intervenir très énergiquement, par une thérapeutique complexe que nous exposerons, au paragraphe traitements. Cliniquement, et au début, cette distinction est très difficile, pour ne pas dire impossible ; l'examen bactériologique est indispensable, c'est tout au moins la voix de la prudence ; car seul il peut faire le diagnostic. On colorera à la thionine phéniquée et au gram.

CHAPITRE II

Classification des Ulcères à Hypopyon. Etude particulière des Ulcères d'origine lacrymale.

A. Classification des ulcères à hypopyon en deux catégories

Faire le diagnostic de l'ulcère cornéen à pneumocoque avec les ulcères ou le diplobacille de Morax-Axenfeld ou d'autres, seraient en jeu, ne suffit pas, il faut, de plus, faire la distinction entre l'ulcère cornéen avec dacryocystite concomitante (ulcère lacrymal), avec l'ulcère où les lésions lacrymales sont indemnes. Le premier se présente si souvent dans la pratique, en clinique ophtalmologique, qu'il convient de faire plus qu'une simple distinction ; il faut faire une division véritable des ulcères à hypopyon en deux catégories bien nettes :

L'ulcère lacrymal et l'ulcère non lacrymal, car, comme l'indique M. le professeur Truc, de Montpellier ; comme le confirment les observations et la pratique de M. le professeur Rollet, les ulcères à hypopyon sans dacryocystite concomittante ont une marche relativement peu envahissante en surface ou en profondeur, et en tous cas guérissent par la thérapeutique ordinaire, préconisée par les

différents auteurs, qu'elle soit directe, c'est-à-dire s'adressant directement à l'ulcère, ou indirecte, par la méthode des injections sous-conjonctivales.

Il n'en est pas de même dans les ulcères avec dacryocystite concommittante, ulcère si fréquent qu'on a pu l'appeler l'ulcère lacrymal. Cet ulcère est rapidement envahissant et perforant, et comme l'enseigne M. le professeur Rollet, guérit mal ou pas du tout par les méthodes énoncées tout à l'heure ; ils ne cèdent qu'à une thérapeutique lacrymale.

Dans cette catégorie d'ulcères avec dacryocystite concommittante, il faut encore ranger les ulcères à hypopyon qui évoluent sous une forme torpide à allure chronique, chez lesquels on a essayé la plupart du temps les méthodes de guérison générales et directes, et où ces méthodes ont échoué, soit qu'elles se soient montrées totalement inagissantes, ou qu'elles aient été incomplètement appliquées ; cette allure torpide ayant pu faire croire à un certain moment que la guérison était obtenue. On constate alors une récurrence après cette rémission apparente et le processus envahissant continue. Il s'y ajoute presque toujours une infection des voies lacrymales, causée par le contact permanent de l'infection cornéenne.

A ce moment, on peut, et on doit essayer l'intervention directe sur les voies lacrymales, par la méthode de l'extirpation du sac et du canal nasal membraneux.

On obtient le plus souvent une guérison réelle et rapide.

B) *Pathogénie.*

Il est intéressant de voir comment la dacryocystite peut influencer sur l'évolution de l'ulcère cornéen à hypopyon.

Pour cela, il faut se reporter au trajet suivi par les voies lacrymales d'excrétion.

A l'état normal, les larmes sécrétées par la glande lacrymale, remplissent toute la cavité conjonctivale, baignent toute la partie antérieure de l'œil, puis grâce aux mouvements incessants des paupières, progressent vers le canthus interne de l'œil, se collectent dans le lac lacrymal pour pénétrer ensuite par les deux points lacrymaux supérieur et inférieur dans les conduits lacrymaux ; de là, dans le sac lacrymal, le canal nasal, et déboucher enfin dans le méat inférieur.

Si un obstacle quelconque (ordinairement un étranglement du conduit nasal réalisé par une rhinite) s'oppose à cet écoulement, il va y avoir de la rétention dans le sac lacrymal, l'infection ne tardera pas à se produire ; et pour peu que le pus soit abondant, il y aura reflux vers le canthus interne, par les points lacrymaux.

En pratique, on peut, en effet, généralement faire sourdre du pus par les points lacrymaux, en pressant sur le sac ; c'est même un des signes principaux de la dacryocystite chronique ou suppurée. L'infection des voies lacrymales pourra se produire soit à l'aide des microbes venus de la conjonctive, soit par ceux venus par le méat inférieur (voie ascendante). Dès lors, il est facile de comprendre que cet écoulement constant de pus sur la cornée, cause ou entretienne l'ulcère.

Il le *cause* lorsque la dacryocystite étant constituée, le sujet est l'objet d'un traumatisme quelconque au niveau de la cornée ; car nous avons vu dans l'Étiologie que, pour qu'il y ait ulcère, il fallait une érosion de la **cornée** et la pénétration du microbe.

Il l'entretient forcément, lorsque l'ulcère est constitué et que la dacryocystite est concomittante ou secondaire ; en faisant échouer toute la thérapeutique directement cornéenne, par cet écoulement de pus, cause d'infection renouvelée à tout moment, au niveau de la cornée. .

C) *Pronostic.*

Dans les deux cas que nous venons d'envisager, la présence d'une dacryocystite rendra le pronostic sérieux. Dans le cas où cette affection sera primitive, le médecin ne pourra que redouter à tout moment un traumatisme de la cornée, quand ce ne serait qu'un simple frottement avec les doigts.

Dans le cas où l'ulcère est primitif et la dacryocystite simultanée ou secondaire, il verra échouer la thérapeutique uniquement cornéenne.

Complication qui est surtout à redouter dans la classe pauvre.

Donc, si on veut rendre ce pronostic favorable, il n'y a qu'une seule manière de faire, c'est d'appliquer la thérapeutique lacrymale, qui seule, pourra donner un bon résultat.

Il ne faudra pas attendre pour intervenir, car dans ces cas, comme nous l'avons vu plus haut, la marche de l'ulcère est très rapide, aussi bien en surface qu'en profondeur, et l'invasion de plus d'un tiers de la surface cornéenne rendrait la thérapeutique lacrymale précaire ou inutile et le pronostic très sombre au point de vue de la vision.

D. Traitements de l'ulcère à hypopyon.

Traitement chirurgical de l'ulcère lacrymal

(extirpation du sac).

Lorsqu'on se trouve en présence d'un ulcère à hypopyon avec dacryocystite concomittante, c'est-à-dire l'ulcère qu'on a appelé « ulcère lacrymal », on peut essayer les divers traitements suivants, que nous indiquons, en allant des plus simples aux plus complexes.

1° Faire l'antisepsie générale dans les culs-de-sac de la conjonctive, par des lavages répétés : à l'oxycyanure de mercure, au bleu, à l'argyrol, au sulfate de zinc.

Ensuite on peut appliquer des pommades : à l'iodoforme, à l'oxyde jaune de mercure, au xéroforme, à l'aristol.

Compléter par le lavage, et sondages, des voies lacrymales, à l'oxycyanure de mercure.

2° Agir directement sur l'ulcère par des antiseptiques.

Par exemple, on peut faire des attouchements des points ulcérés, à la teinture d'iode fraîche ou avec de l'acide phénique ou bien avec du sulfate de zinc au 1/10.

3° On peut essayer le curettage de l'ulcère, surtout au niveau du bord progressif.

4° Chauffer l'ulcère, au moyen de l'air chaud.

5° Cautériser au fer rouge (galvano-cautère).

6° Injections sous-conjonctivales avec : du sérum salé, des sels de mercure, du cyanure de mercure, du biiodure de mercure, et enfin du bleu de méthylène ; ce dernier est préféré à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Rollet, surtout le bleu de méthylène en solution glucosée ; voici sa formule :

Bleu	0 gr. 20.
Saccharose	5 gr.
Eau	100 gr.

Enfin, les interventions chirurgicales.

La *Paracentèse*, qui peut se faire soit avec une aiguille à cataracte, soit au galvano-cautère.

Le *Saemisch*, qui est une incision large de l'Ulcère au niveau de son plus grand diamètre, en allant de cornée saine en cornée saine.

Il reste encore à indiquer les méthodes générales, qui sont :

Des frictions à l'onguent mercuriel ; puis on peut donner en ingestion de l'aspirine, de l'iodure en injection, du collargol, de l'électro-argol (intraveineux).

On emploie aussi depuis quelque temps le sérum de Rœmer, sur lequel on a fondé de grands espoirs. Ce sérum n'est pas spécifique ; il est surtout antidiphtérique. On en injecte 10 centimètres cubes sous la peau. Il ne semble pas jusqu'ici que les résultats obtenus soient suffisamment probants.

Les injections sous-cutanées de peptone et surtout de lait semblent jouir actuellement de la faveur de beaucoup d'ophtalmologistes.

Tous ces traitements que nous venons d'indiquer peuvent être combinés simultanément ou alternativement, suivant la gravité des différents cas.

Dans le cas de dacryocystite, il faut, théoriquement, s'occuper immédiatement de la désinfection des voies lacrymales ; or, les traitements ci-dessus indiqués se montrent totalement insuffisants ou inutiles dans la plupart des cas, de même que les lavages ou les sondages de ces voies lacrymales.

En tant que thérapeutique lacrymale, proprement dite, il ne faut pas employer des *méthodes de lenteur* qui

agissent peu ou pas, en tous cas, au bout de semaines ou de mois ; comme l'indique M. le professeur Rollet, il ne faut ni laver, ni sonder les voies lacrymales ou le sac, il faut immédiatement recourir à la méthode qui supprime instantanément toute suppuration lacrymale, il faut enlever ce sac lacrymal et de plus, dirons-nous, comme on le fait actuellement à la clinique de M. le professeur Rollet à Lyon : enlever sac et canal nasal membraneux, c'est-à-dire tout l'appareil lacrymal intra-osseux suppurant.

Cette méthode de l'extirpation du sac et du canal nasal membraneux est certainement, à l'heure actuelle, celle qui donne les plus beaux résultats ; résultats qui seront, du reste, prouvés par les observations que nous apportons dans notre dernier chapitre.

CHAPITRE III

Technique et résultats de l'Extirpation du sac et du canal nasal membraneux.

L'ablation du sac et du canal nasal membraneux se fait en quatre temps.

L'opération sera pratiquée avec l'anesthésie locale au moyen d'injections juxta-nerveuses portant sur le sous-orbitaire et le nasal externe ; avec la solution suivante : eau distillée, 10 grammes ; chlorhydrate d'adrénaline, 0,001 milligramme ; novocaïne, 0,20 centigrammes ou produits identiques : scurocaïne, allocaïne, syncaïne.

Premier temps. — Incision de la peau, de l'aponévrose présacculaire et ouverture de l'espace prélacrymal.

L'incision à 12 millimètres, si l'ectasie sacculaire est minime, sera plus étendue en cas d'ectasie géante. Cette incision, pour répondre à la notion anatomique, doit être verticale en haut et courbe en bas, mais non perpendiculaire ; elle part en haut du relief du ligament palpébral interne et un peu en dedans de la réunion des extrémités internes de chacun des tarses, et correspond au sillon cutané orbito-palpébral, en surface, répondant profondé-

ment au bord tranchant externe, également curviligne de l'apophyse montante du maxillaire inférieur : elle permettra facilement de reconnaître l'orifice supérieur du canal nasal. Cette incision ne laisse pas de cicatrice visible permanente. Le bistouri sectionne la peau et le tissu cellulaire sous-cutané coupe la lame aponévrotique tendue du tendon direct ; de l'orbiculaire à la crête de l'apophyse montante, et l'on tombe dans l'espace celluleux présacculaire (antérieurement décrit par M. le professeur Rollet), siège de la tumeur prélacrymale.

Deuxième temps. — Recherche du sac. — On abandonne le bistouri, les lèvres de l'incision sont réclinées à l'aide de deux écarteurs à manche (modèle de M. le professeur Rollet). La peau est ainsi solidement écartée et symétriquement. A partir de ce moment on se servira de la rugine tranchante. On reconnaît deux points de repère :

1° En haut, le tendon direct et nacré de l'orbiculaire, qu'il ne faut pas sectionner, parce qu'il indique d'une façon absolue où est le sac, où il faut le rechercher.

Le tendon recouvre le fond du sac, et ce n'est que très exceptionnellement qu'il le divise en deux parties inégales.

2° En bas, la crête osseuse antérieure du canal nasal. Entre ces deux points de repère, on aperçoit le sac sous forme d'une petite masse allongée, de couleur grise, devenant franchement blanchâtre sous l'action de l'adrénaline.

L'hémostase se fait avec de petits tampons d'ouate humide et serrée. L'hémorragie en nappe est peu gênante, lors d'anesthésie locale. Il y a hémorragie en jet si l'on a coupé les vaisseaux angulaires lors d'incision trop en dedans ; cela n'a aucune importance, il suffit de saisir

le vaisseau à l'aide d'une fine pince hémostatique — jamais de ligature au catgut.

Troisième temps. — Décortication du sac à la rugine et du canal nasal membraneux à la gouge.

On saisit la face antérieure du sac lacrymal avec une pince à dents de souris (se méfier des sacs amincis) ; on procède à la décortication du petit organe avec la rugine tranchante. On libère d'abord en dedans, en mettant la gouttière osseuse à nu où repose la face interne du sac. La rugine ne doit pas décoller le périoste, comme on l'a dit, car il est inexistant en ce point ; elle ne doit pas mordre l'os, afin d'éviter chez les jeunes sujets des réactions sous forme d'hyperostose ; elle ne doit pas s'égarer dans l'unguis ou les cellules ethmoïdales pour amener un retard de consolidation et faire croire à l'osteïte, qu'on ne rencontre pas, comme l'affirme M. le professeur Rollet, puis en haut, en passant la rugine sous le tendon direct de l'orbiculaire non sectionné, on fait basculer le dôme sacculaire qui est libre et n'adhère pas au tendon. La prise du fond du sac est ainsi très solide ; on exécutera la même manœuvre pour la face postéro-externe, en arrière et en dehors, en évitant toute échappée. Ensuite, section au ras des canalicules lacrymaux, à la rugine.

A ce moment, le sac étant isolé, on décortique son pédicule nasal au lieu de le couper. Ce décollement s'effectuera avec une petite gouge à extrémité mousse large de 2 millimètres. On exécute de légères tractions par la suite sur tout l'appareil lacrymal intra-osseux en tirant sur le sac et on l'extirpe.

Quatrième temps. — Inspection de la loge lacrymale et du canal nasal. — Pansement.

On examine la loge lacrymale. Si l'extirpation totale a été faite en bloc, l'opération est terminée. Si à l'examen de la pièce extirpée ou de la région, on voit des vestiges du sac, l'extirpation ayant dû être faite anormalement par morcellement, on les enlève en totalité à la pince, à la rugine, mieux qu'aux ciseaux et sans faire usage de curette. Dans le cas où l'extraction du canal membraneux a été incomplète, par suite de friabilité ou de péricanaliculité, on évidera le canal nasal (qui deviendra ainsi franchement osseux) avec une curette olivaire de 3 à 4 millimètres suivant l'âge et le sexe. On fait ainsi un drainage très important au point de vue de la réunion immédiate de la plaie. Le sujet ressent quelques douleurs pendant cette petite opération.

On n'a pas à craindre une hémorragie lors de l'extirpation du sac, car il n'existe pas de vaisseaux profonds, les vaisseaux du sac venant des parties latérales (vaisseaux angulaires et palpébraux), c'est donc au début de l'opération seulement que l'hémorragie est légèrement gênante parfois.

Les lèvres de la plaie sont béantes, il n'y a pas d'écoulement sanguin, on ne place ni drain, ni mèche, surtout pas de cautérisation ignée. La suture paraît d'un intérêt restreint. Le drainage et la thermocautérisation sont inutiles car ils retardent ou compromettent le succès opératoire. M. le professeur Rollet n'a jamais employé la cautérisation ignée.

Le drainage se fait par le canal osseux, et même si le sac plein de pus a crevé et inoculé la plaie on obtient, fait curieux mais indiscutable, une réunion immédiate.

On rapproche les lèvres de la plaie avec un tortillon

d'ouate qui comprimera l'angle interne, mais non le globe oculaire. Ce pansement à plat est suffisant. Rondelles de gaze, monocle. Le troisième jour, pansement, il y a réunion immédiate quand le sac lacrymo-nasal a été vraiment enlevé, en totalité et à froid.

RESULTATS. — Cette technique nouvelle a été exposée par M. le professeur Rollet à la Société d'ophtalmologie en 1921, et dans la thèse toute récente de Gabriélidès (décembre 1921).

On obtient ainsi une réunion immédiate et 8 ou 10 jours après, on peut ouvrir un œil sans crainte d'infection intra-oculaire, telle l'opération de la cataracte qui a ainsi la valeur d'une expérience et démontre, par ses suites aseptiques, que tout pus lacrymal a définitivement disparu.

Dans l'ulcère à hypopyon, à la suite de l'extirpation du sac lacrymal, on voit que : dans la forme aiguë, le bord purulent progressif change de couleur, puis l'ulcère ne s'avance plus en surface ; rapidement, le fond se déterge, devient grisâtre et prend rapidement l'aspect d'une perte de substance simple tendant à la guérison, sans autre complication.

Dans la forme chronique et torpide, on assiste bien souvent à l'arrêt définitif du processus ulcérant et on voit survenir la cicatrisation.

CHAPITRE IV

OBSERVATION I

(Clinique de M. le professeur Rollet. — Inédite)

Ulcère à hypopion. — Dacriocystite suppurée. Echec des agents chimiques et de la cautérisation thermique. — Extirpation du sac. Guérison.

R.... Charles, 64 ans. Entré le 2 décembre 1920.

Début de l'affection. — En cassant des cailloux, il y a trois semaines, l'œil gauche reçoit un corps étranger : vision troublée à partir de ce moment, avec douleur intermittente. Rien à l'autre œil. A l'entrée ulcère de la cornée avec gros hypopion. Globe hypermémié avec chémosis tendu douloureux à la pression. Dans le sac, on fait sourdre par pression du pus à pneumocoque.

Le malade souffre et ne peut dormir.

Traitement. — Lavage du sac par injections sous-conjonctivales de cyanure à 1/200.

Le 4 décembre 1920. — La sécrétion du sac continue très abondante. Les douleurs ont un peu diminué.

Malgré cette thérapeutique employée, les signes s'aggravent ; l'ulcère creuse en profondeur, et atteint la membrane de Descemet (Descemetocèle).

La sécrétion est toujours abondante au niveau du sac, l'hypopion a augmenté, les douleurs sont un peu moins vives.

Le 5 décembre 1920. — Ouverture punctiforme de la cornée au niveau du point le plus saillant au galvano-cautère.

Le 6 décembre 1920. — L'ulcère continue à s'étendre, violentes douleurs. Malgré l'ouverture de la chambre antérieure, le pus continue à sourdre abondant entre les lèvres de la plaie cornéenne.

Le 11 décembre 1920. — Extraction du sac et du canal nasal membraneux. Trois jours après au premier pansement, la chambre antérieure est reformée et vide de pus. L'ulcère est en voie de cicatrisation, les douleurs ont cessé.

Le 20 décembre 1920. — Leucome adhérent solide. Guérison. Vision = 1/20.

OBSERVATION II

(Clinique de M. le Professeur Rollet. — Inédite)

Ulcère avec hypopyon. Dacryocystite. Echec des agents chimiques. Extirpation du sac. Guérison.

F..., 78 ans. Entré le 23 décembre 1920.

Histoire de la maladie. — Depuis 2 ou 3 ans le malade a du larmoiement. En novembre 1920, un gros bloc de charbon vient le frapper au niveau de l'œil gauche. On le traite par instillation d'un collyre à l'argyrol, malgré cela, perte de la vision sans douleur.

A l'entrée on constate que la pression au niveau du sac fait sourdre du pus dans lequel on trouve du pneumocoque. Le globe est dur, la conjonction hyperémiée avec cercle périkératique. La cornée est opaque avec à son centre, une ulcération, plus une tache brune qui indique la hernie de l'iris.

Traitement. — Il reçoit à l'entrée des injections sous-conjonctivales de bleu; puis des instillations au nitrate d'argent les jours suivants.

Le 8 janvier 1921. — L'ablation du sac est pratiquée par le docteur Rosnoblet. Le 12 janvier 1921 on constate une grosse amélioration. Le 14 janvier 1921, c'est-à-dire 4 jours après l'opération l'ulcère perforant de la cornée qui durait depuis plus d'un mois est cicatrisé. Il n'y a plus de sécrétion.

Donc, la guérison a été obtenue par l'extirpation du sac.

OBSERVATION III

(Clinique de M. le Professeur Rollet. — Inédite)

Kératite à hypopyon de l'œil gauche, pneumococcique. — Dacryocystite chronique. Echec des agents chimiques. Extirpation du sac. Guérison.

B..., Jules, 57 ans, cultivateur. Entré le 18 février pour une kératite à hypopyon à l'œil gauche survenue 6 jours auparavant. Depuis une quinzaine d'années environ, se plaint de larmoiements, surtout pendant les mauvaises saisons et les périodes de vent.

Tout en étant cultivateur, le malade a fréquemment l'occasion de casser des pierres, malgré cela, il ne se souvient nul-

lement d'avoir reçu un choc ou un corps étranger dans l'œil.

En rentrant de son travail le 12 février l'œil gauche est très larmoyant, le malade éprouve des picotements et une sensation de gravier dans l'œil.

Puis l'œil gauche devient rouge, la cornée s'infiltre, la vision baisse, devient très trouble. Un médecin consulté à ce moment dirige le malade sur l'hôpital.

A l'entrée on constate du larmolement chronique de l'œil droit, et une légère rétention au niveau du sac lacrymal, pas de rougeur conjonctivale.

A l'œil gauche, les paupières sont légèrement œdématisées et rougeâtres ; il y a de la sécrétion muco-purulente au niveau de leur bord libre, elles sont écartées.

On constate une inflammation marquée de la conjonctive bulbaire qui est rouge et chémotique, surtout sur sa moitié interne ; la conjonctive palpébrale est moins enflammée, il y a une sécrétion de pus dans les culs-de-sac ; la pression sur le sac ne fait pas refluer du pus véritable par les points lacrymaux, mais un liquide muqueux contenant en suspension quelques filaments blanchâtres.

La cornée présente dans sa partie centrale un ulcère du type serpiginoux à fond jaunâtre avec un repli falciforme de progression dont la convexité regarde en haut. Le bord supérieur de l'ulcère est moins infiltré, et se continue insensiblement avec la cornée.

Après imprégnation au bleu de méthylène, les limites de l'ulcère sont très visibles ; son étendue semble être $\frac{1}{3}$ de la surface cornéenne ; la chambre antérieure présente de l'hyppopyon dans son quart inférieur.

L'iris est légèrement congestif, très paresseux à la dilatation atropinique ; pas de synéchies perceptibles, la tension oculaire est moyenne, pas de douleur à la pression au niveau de la région du corps ciliaire. L'examen ophtalmoscopique est impossible.

De l'œil gauche, le malade voit bouger les mains à 10 cm., sans pouvoir compter les doigts.

On fait l'examen bactériologique (produit de râclage de la surface de l'ulcère, frottis, coloration à la thionine phéniquée et au Gram. On trouve du pneumocoque.

Traitement. — Lavage du sac lacrymal avec solution oxy-cyanure de mercure à 1/5.000. Injections sous-conjonctivales de bleu de méthylène au 1/1.000 quotidiennes.

Attouchement de la zone de l'ulcère avec pinceau ouaté imbibé d'une solution fraîche de teinture d'iode.

Instillations bi-quotidiennes de solution d'atropine au 1/200. Pommade à l'oxyde jaune de mercure. Pansement occlusif.

Pendant les trois jours qui suivent, on ne constate aucune amélioration. Le 22 février on pratique l'extraction du sac et du canal nasal membraneux. 3 jours après, au premier pansement, on constate une amélioration nette de tous les symptômes. L'ulcère s'est détergé, son fond s'est nettoyé, la zone inférieure d'expansion falciforme a disparu, l'hypopyon a diminué de moitié, le chémosis inflammatoire conjonctival a disparu. La vision redevient meilleure et le malade peut compter les doigts à 10 cm. Le 20 novembre 1921, le malade est revu ; on constate un petit leucome semi-transparent solide avec un léger trouble de la cristalloïde antérieure et quelques synéchies postérieures. La vision = 1/8.

OBSERVATION IV

(Clinique de M. le Professeur Rollet. — Inédite)

Ulcère de la cornée à pneumocoque et hypopyon. Dacryocystite suppurée. Echec des agents chimiques et de la cautérisation au galvano-cautère. Extirpation du sac lacrymal et du canal nasal membraneux. Guérison.

M.... Jen, 60 ans. Entré le 25 mai 1921.

Le malade souffre de violentes douleurs oculaires à droite avec irradiation orbitaire et frontale, l'œil droit est maintenant fermé par photophobie, il existe une vive injection conjonctivale. Rien d'intéressant dans ses antécédents, son acuité visuelle lui paraissait normale avant l'affection actuelle, pas de rhinite, respire normalement, n'a jamais porté de verres.

Il avoue avoir depuis 10 ans du larmolement de l'œil droit plus accusé à certaines époques sans conjonctivite véritable. Il y a quinze ans, traumatisme léger de l'œil droit par une paille sèche qui aurait frotté fortement contre le globe. Le malade a cru à une piqûre profonde ; le lendemain cuisson de

l'œil, irritation conjonctivale avec pus entre les paupières, photophobie, affaiblissement de la vision

A l'entrée on constate une conjonctivite intense à la fois oculaire et papébrale, un cercle inflammatoire péricératique net ; une *ulcération cornéenne* très visible même sans éclairage latéral, qui siège en face de la pupille, ses bords sont un peu serpigneux, en voie de progression ; elle prend intensément le bleu ; n'est pas profonde.

Un dépôt liquide blanc jaunâtre constitue l'hypopyon à convexité inférieure dans le fond de la chambre antérieure remontant presque au rebord pupillaire inférieur, mobile et variant avec l'inclinaison de tête du malade. La pression du sac lacrymal fait sourdre plusieurs gouttes de pus blanchâtre un peu floconneux ; ce pus contient du pneumocoque.

Le malade préserve son œil des rayons lumineux avec sa main comme écran ; il éprouve de vives douleurs dans toute la moitié droite de la tête. L'acuité visuelle de cet œil = 9.

Traitement — Le jour de son admission on fait le traitement suivant : cautérisation des bords de l'ulcère au galvano-cautère porté au rouge sombre, puis injection sous-conjonctivale de bleu de méthyle, instillation d'argyrol à 0.50 0/0.

Injection intra-musculaire de lait bouilli.

Malgré cette thérapeutique l'ulcère et l'hypopyon progressent

Le 28 mai 1921. — Intervention. Ablation du sac selon la technique habituelle après anesthésie régionale. Le sac est petit, paraît complet, avec son canal nasal.

Le 31 mai 1921. — Bien que le pansement n'ait été renouvelé qu'une fois et qu'on ait depuis trois jours instillé qu'une seule fois du bleu de méthylène, l'amélioration est très nette aussi bien au point de vue subjectif (douleurs faibles sans irradiation) qu'au point de vue objectif, l'abcès se déterge, l'iris garde sa coloration normale, l'hypopyon a diminué. L'acuité visuelle de l'œil malade est de 1/10. La plaie lacrymale est complètement cicatrisée.

OBSERVATION V

(Clinique de M. le Professeur Rollet. — Inédite)

Ulçère à hypopyon avec dacryocystite. Echec des agents chimiques, du crin. Extirpation du sac. Guérison

S... Jean, 50 ans entré le 4 janvier 1906

Le malade présente à l'entrée, deux petits ulcères centraux à fond sale, il y a un hypopyon qui affleure le bord inférieur de la pupille. Les voies lacrymales sont en très mauvais état. Le sac lacrymal est plein de pus que l'on peut faire refluer par la pression dans le cul-de-sac conjonctival.

Traitement. — Malgré l'évacuation du pus, le drainage au crin de la chambre antérieure, l'ulcère progresse et envahit toute la cornée, celle-ci finit par se perforer et il se forme un vaste staphylome.

Le 6 janvier 1906. — Injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure. Attouchement à la teinture d'iode.

Le 7 janvier 1906. — Crin et teinture d'iode.

Le 10 janvier 1906. — On pratique l'extirpation du sac ectasié. Les symptômes s'amendent. La plaie se cicatrise et la guérison survient en quelques jours.

OBSERVATION VI

Ulcère de la cornée avec dacryocystite. Extirpation du sac. Guérison.

G.... Claude 60 ans. Entré le 10 août 1906.

Il y a 5 jours en travaillant dans la carrière le malade a reçu un éclat de pierre à l'œil gauche, depuis douleur peu appréciable, épiphora, blépharospasme, rougeur, œdème des paupières. Conjonctives très rouges, tuméfiées. Ecoulement séro-purulent. On constate un ulcère central. L'iris n'est pas décoloré, pas de réaction pupillaire ; l'acuité est très diminuée, le malade distingue seulement les doigts.

Le 22 août 1906. — Le malade présente de l'écoulement muco-purulent. *Traitement.*

Le 25 août 1906. — L'ablation du sac est pratiquée, et on fait un premier pansement. Les symptômes diminuent puis disparaissent complètement et on obtient la guérison peu de temps après.

OBSERVATION VII

(Clinique de M. le Professeur Rollet. — Inédite)

Ulcère à hypopyon. Dacryocystite double. Echec du drainage crin. Extirpation des deux sacs ectasiés. Guérison.

B.... Pierre, entré le 10 janvier 1907.

Le malade dit avoir été blessé il y a un an par un épi de blé qui avait frappé violemment son œil mais il n'a rien constaté par la suite sauf un peu de larmolement ; il se présente à la clinique parce qu'il éprouve des douleurs dans la région orbitaire et un peu de cuisson à l'œil depuis deux ou trois jours. L'examen révèle un ulcère de la cornée avec hypopyon. Les paupières et les conjonctives sont hyperémiées. L'hypopyon atteint presque le bord inférieur de la pupille. Les voies lacrymales sont infectées et les 2 sacs lacrymaux sont remplis de pus.

L'acuité de l'œil droit = $1/25$; celle de l'O. G. égale 1.

Traitement. — 1° Passage d'un crin dans la chambre antérieure.

Le 10 janvier 1907. — On fait l'extirpation des 2 sacs ectasiés.

Le 18 janvier 1907. — On constate que la cicatrisation est complète des deux côtés. L'ulcère est totalement détergé ; l'hypopyon a disparu depuis plusieurs jours.

Le 21 janvier 1907. — Guérison.

OBSERVATION VIII

(Clinique de M. le Professeur Rollet. — Inédite)

Ulcère serpigineux d'origine lacrymale. Hypopyon. Dacryocystite. Iritis. Echec des agents chimiques, du crin, du curetage et du galvano-cautère. Extirpation du sac. Guérison.

B.... Joseph, 51 ans. Entré le 17 février 1912.

Le malade a éprouvé brusquement, il y a quinze jours, une douleur vive à l'œil gauche, et une sensation de corps étranger, le soir il y a de l'inflammation. Il y a huit jours, aggravation subite des douleurs dans la région péri-orbitaire et moitié correspondante de la face.

Un médecin consulté croit à un corps étranger ; larmolement continuel ; le pus sourd par la pression du sac qui est ectasié.

Les paupières sont normales, peu de photophobie, les conjonctives sont injectées, il y a un cercle péricératique marqué. La cornée est un peu dépolie ; au centre on voit une ulcération arrondie peu profonde, dont un des bords est très visible à cause d'une infiltration jaunâtre de 1 m/m. L'hypo-

pyon existe à la partie déclivée de la chambre antérieure ; il est en croissant.

La pupille réagit mal, l'atropine n'agit pas. L'examen bactériologique révèle des pneumocoques. *Traitement.*

Le 18 février. — Injection d'oxycyanure de mercure, l'hypopyon augmente.

Le 19 février. — L'état s'aggrave ; on passe un crin, on fait le curetage de l'ulcère, et des attouchements à la teinture d'iode.

Le 21 février. — Le crin est enlevé ; on fait la cautérisation au galvano-cautère.

Le 23 mars. — Extirpation du sac, après un premier pansement on constate une grosse amélioration, et la guérison quelques jours après.

OBSERVATION IX

(Clinique de M. le Professeur Rollet. — Inédite)

Ulcère à hypopyon. Dacryocystite double. Extirpation du sac. Guérison.

L..... Claude, 76 ans. Entré le 15 juillet 1914.

Le malade dit avoir déjà un larmolement ancien depuis 3 semaines, il a du pus à l'angle interne de l'œil.

Actuellement on trouve du pus dans la chambre antérieure et un ulcère de la cornée à gauche ; à la pression on fait sourdre du pus par les voies lacrymales. *Traitement.*

Le 16 juillet 1914. — On fait l'incision de Saemisch, le pus continue.

Le 21 juillet 1914. — On pratique l'extirpation du sac ; le pus disparaît et on obtient la guérison.

CONCLUSIONS

I. — La Kératite à Hypopyon s'accompagne fréquemment de Dacryocystite concomittante.

S'il y a Suppuration lacrymale, la guérison de l'Ulcère serpigineux cornéen à pneumocoques ne peut être obtenue que par celle de cette Suppuration.

II. — A côté de l'Ulcère Cornéen purulent, à marche rapide, à forme aiguë, envahissant toute la cornée, il existe des ulcères à forme torpide à allure traînante qui s'accompagnent d'un état lacrymal infectieux. Ces ulcères guérissent parfois promptement par un traitement dirigé sur les voies lacrymales d'excrétion.

III. — Dans ces cas de Kératites infectieuses, soit aiguës soit chroniques, on peut sans doute appliquer un traitement s'adressant directement à la Cornée (cautérisation chimique ou thermique, mais il faut surtout intervenir d'urgence sur l'appareil lacrymal intra-osseux suppurant.

IV. — Il convient donc, dans toute Kératite à Hypopyon, de cause lacrymale, Kératite aiguë ou devenue chronique d'emblée, de tarir d'urgence tout écoulement purulent lacrymal ; il ne faut ni sonder, ni laver le sac, traitement lent et d'efficacité douteuse, mais il faut extirper d'urgence le sac lacrymal en totalité, ainsi que le canal nasal membraneux ; la Kératite à Hypopyon cède alors, en général, très rapidement.

V. — Nous apportons 9 observations recueillies à la Clinique de M. le Professeur Rollet, qui montrent la suppression immédiate de toute suppuration lacrymale par cette opération.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ETIENNE ROLLET.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 1^{er} décembre 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Etiologie et traitement des ulcères infectieux de la cornée (*Ann. d'ocul.* 1895).
- AXENFELD. — Traité d'ophtalmologie (traduction française par le docteur Meunier. Paris, 1914.
- BOKOWA Marie. — Etude sur la Kératite à Hypopyon (*Thèse de Zurich*, 1871).
- CALDERARO. . . Sur le traitement de la Kératite à Hypopyon avec les sérums de Tizzoni-Panichi et de Roemer.
- ELSCHNIG. . . Anatomie pathologique de la Kératite suppurative de l'œil humain.
- GABRIELIDES. — De l'extirpation totale du sac lacrymal et de son canal nasal membraneux (*Thèse de Lyon*, 1921).
- KORFF. — Contribution à l'étude de l'ulcère serpigneux de la cornée (*Thèse de Marburg*, 1882).
- MARPLE. — Sur la Pathogénie de l'Ulcère à Hypopyon (*Arch. of ophthalmology*).
- MAYET-BOUIN. — Manuel des Maladies de l'œil, 3^e édit. Paris, Masson, 1918.
- MORAX. — Encyclopédie Française d'Ophtalmologie, vol. 5 Doin, Paris, 1906.
- NUEL. — Description anatomique d'un œil atteint d'Ulcère Cornéen avec Hypopyon (*Arch. d'Ophtalmolog.*, 1895, T. X. V., n^o 6).
- PAUL L. — Contribution à la Sérothérapie, spécialement de l'Ulcère Serpigneux de la Cornée (*Klin. Monstbl f. Augen* 1905).
- PAINBLANC. — Contribution à l'étude du Pneumocoque en Pathologie oculaire (*Thèse de Lille*, 1897).

- PETIT. — Sur une forme particulière d'infection cornéenne à type serpigneux (*Ann. d'Ocul.*, 1899).
- Recherches cliniques et bactériologiques sur les infections aigües de la cornée (*Thèse de Paris*, 1900).
- PLUEGER. — Sérum antipneumococcique dans la Kératite purulente (*Société médic. pharma. de Berne*, 7 janv. 1903).
- RÖMER. — Bases expérimentales pour les Recherches cliniques sur la Sérothérapie de l'Ulcère serpigneux de la Cornée (*Arch. f. Ophtal.*, 1902, vol. L. IX).
- ROLLET. — Extirpation du sac et du canal nasal membraneux (*Archives d'Ophtalmologie*, Mai 1921).
- Traitement des Dacryocistites par l'Extirpation du sac lacrymal (*Lyon Médical*, 7 juin 1896).
- De l'Extirpation du Sac dans les Dacryocystites, avec 8 fig. (*Lyon Médical*, 2 mai 1897).
- La Cure radicale des Dacryocystites par l'extirpation du sac lacrymal (*Revue générale d'Ophtal.*, 31 janvier 1913).
- Nouvelle indication de l'Extirpation du Sac (*Soc. fr. d'Ophtal.*, 1906).
- Technique opératoire de l'Extirpation du Sac lacrymal (*Rev. Général. d'Ophtal.*, 30 sept. 1907).
- De l'Anesthésie en Chirurgie oculaire (*Thèse de Lyon*, juillet 1914).
- SAEMISCH. — De l'Ulcus serpens de la Cornée et sa thérapie (*Etude clinique*, Bonn, 1870).
- SFGENDI. — Sur la Kératite à Hypopyon (*Clinica moderna*, 1895, Tome I).
- TARTUFERI. — Sur l'Hypopyon dans l'Ulcère serpigneux de la Cornée (*Giorn. dell' acc. di med. di Torino*, 1883).
- TRUC-FRENKEL-VALUDE. — Nouveaux éléments d'Ophtal., Paris, 1908.
- VALLENDÉ Henri. — La Kératite à Hypopyon (*Thèse de Bordeaux*, n° 99).
- VILLARD. — Examen anatomique d'un œil atteint d'Ulcère de la Cornée avec Hypopyon (*Ann. Ocul.*, 1903, T. cxxix).
- WECKER (de) et LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie, vol. 2, Paris, 1889.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Chapitre I. — <i>L'Ulcère à Hypopyon</i>	9
Chapitre II. — <i>Classification des ulcères à Hypopyon. Etude particulière des ulcères d'origine lacrymale</i>	15
Chapitre III. — <i>Technique et résultat de l'extirpation du sac et du canal nasal membraneux</i> .	22
Chapitre IV. — <i>Observations.</i>	27
Conclusions	35
Bibliographie.	37
